

記入例

(関係)

消えるボールペンは不可。

茅ヶ崎市高齢者予防接種費用補助金交付申請書

令和●●年 ●●月 ●●日

(宛先) 茅ヶ崎市長

申請時の住所をご記入ください。

原則、被接種者本人が申請者となります。

申請者

住 所 茅ヶ崎市●●●1-2-3

氏 名 茅ヶ崎 太郎 (印※ (被接種者との続柄 本人)

※本人確認書類を提示することで、押印を省略することができます。

電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

予防接種を受けられた方の氏名をご記入ください。

茅ヶ崎市高齢者予防接種費用補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

被接種者 (接種を受けた人)	氏 名	茅ヶ崎 太郎 [フリガナ: チガサキ タロウ]		
	生年月日	明治・大正・昭和	●●年	●●月 ●●日
	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 郵便番号[-]		
接種の内容	別紙のとおり			
予防接種の種類	接種日	接種料金 (A)	補助限度額 (B)	限度額内接種料金 (C) (A・Bのうち少ない額)
インフルエンザ	●●年●月●日	4,000 円	5,390 円	4,000 円
肺炎球菌		円	円	円
予診のみ		円	円	円
合計額 (D)				4,000 円
被接種者の自己負担金額の合計 (E)	受けられた予防接種の種類に☑ <input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ(2,000円) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌(4,000円) ※生活保護受給者の方は免除			2,000 円
交付申請	インフルエンザの場合、2,000円、肺炎球菌の場合、4,000円となります。複数の予防接種を受けられている場合は、合算した金額をご記入ください。なお、生活保護受給者の方は、0円となります。			2,000 円

申請者と同じ住所の場合は上の☑のみ。異なる住所の場合はご記入ください。

限度額表の金額をご記入ください。

(A)と(B)のうち少ない金額をご記入ください。

(D)から(E)を差し引いた金額をご記入ください。

備考 この申請書には、次の書類を添付してください。
(1) 予診票又はその他予診票の写し
(2) 領収書の写し
(3) 生活保護受給証・世帯員名簿
(4) その他市長が必要と認める書類

インフルエンザの場合、2,000円、肺炎球菌の場合、4,000円となります。複数の予防接種を受けられている場合は、合算した金額をご記入ください。なお、生活保護受給者の方は、0円となります。

担当課記入欄ですので、未記入でお願いします。

担当課 記入欄	依頼書発行番号()	(收受印)
	備考	
	受付者	受付方法 米庁・郵送